Rua Maringá, nº 1200, Bairro Vila Nova, CEP: 85605-010

Programa de Pós-Graduação em Educação - Mestrado - PPGEFB

Tel. (46)3520-4848 – (46)3520-4841

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO - MESTRADO/PPGEFB**

|  |
| --- |
| REQUERIMENTO PARA EXAME DE QUALIFICAÇÃO |

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Orientador(a) do(a) aluno(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho requerer que seja marcada a data para realização do Exame de Qualificação.

**O título do trabalho** a ser arguido é:

|  |
| --- |
|  |

Data do Exame de Qualificação (dia, mês, ano e horário):

|  |  |
| --- | --- |
| Data: \_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ | Horário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Justificativas se houver: | |

Indicamos para compor a Comissão os nomes abaixo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MEMBROS (Nome) | Função | Instituição/  Programa |
| 1.Prof. Dr. | Orientador(a) | UNIOESTE – FB |
| **2.Prof. Dr.** | Membro |  |
| **3.Prof. Dr.** | Membro |  |
| 1. **Prof.** Dr. | Suplente |  |
| 2. **Prof.** Dra. | Suplente |  |

Francisco Beltrão, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura do(a) Orientador(a): |  |
| Assinatura do(a) Mestrando(a): |  |